

介護保険通知書等送付先変更申請書

安城市長

※太枠内をご記入ください。

			申請年月日	年	月	日
申請者	フリガナ		被保険者との続柄			
	氏 名					
	住 所	〒				
		電話番号				

被保険者	フリガナ		被保険者番号			
	氏 名		生年月日	年	月	日
	住 所	〒				
		電話番号				

申請理由	☐ 被保険者死亡のため ☐ 被保険者施設入所のため ☐ 認知症のため（ ☐ 被保険者本人のあて名を記載しない） ☐ 送付先変更を解除し、現住所に戻す ☐ その他（ ）				
送付先	□申請者と同じ ※異なる場合は以下にご記入ください。				
	フリガナ		被保険者との続柄		
	受取人氏 名				
	住 所	〒			
		電話番号			

※市処理欄

受付可否の確認 (いずれか1点)	☐ 介護保険被保険者証 ☐ 被保険者本人の身分証明書 ☐ 法定代理人(登記事項証明書等) ☐ 任意代理人(委任状) ☐ 担当包括・居宅介護支援事業所 ☐ その他（ ）		
身元の確認 (写真のないものは 2点以上で確認)	☐ 介護保険被保険者証 ☐ 個人番号カード ☐ 運転免許証 ☐ パスポート ☐ 居宅介護支援専門員証 ☐ 身分証明書（地域包括支援センター） ☐ その他（ ）		
窓口確認者		入力日	